

Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Terapia Ocupacional

Curso Académico 2017/ 2018

TRABAJO FIN DE GRADO

Programa de intervención en personas diagnosticadas con Trastorno
Mental Grave a través de la práctica de fútbol sala.

Five-on-five football intervention program for individuals diagnosed with
severe mental disorder

Autor/a: Richard Arroyave Quiceno

Director: Daniel Gan Benedí

ÍNDICE

Resumen	3
Introducción.....	4
Justificación desde Terapia Ocupacional	9
Objetivos.....	10
Metodología.....	11
Descripción de la población	11
Plan de trabajo	13
Recursos	14
Instrumentos de evaluación	15
Aspectos éticos.....	17
Resultados	18
Discusión.....	24
Conclusiones	27
Bibliografía.....	29
Anexos	32

RESUMEN

Este programa surge de la necesidad de mejorar la intervención sobre los factores comportamentales de las personas con Trastorno Mental Grave (TMG), entre las que es común : el sedentarismo, el aislamiento social, y el consumo de tabaco u otras sustancias tóxicas; lo cual reduce su calidad y esperanza de vida. En cuanto a la actividad física y deportiva se registran muy bajas tasas de participación entre las personas con TMG debido a poca confianza o falta de apoyo social, reforzando situaciones de exclusión en la participación. El fin último de este trabajo es determinar la influencia de un programa de intervención desde un enfoque en el cual destaca la actividad física y deportiva en el proceso rehabilitador de personas con TMG; más concretamente mediante el fútbol sala, siendo este un medio terapéutico que hace hincapié en ocupaciones socialmente significativas y relevantes. Así pues, el deporte como la herramienta que dependiendo de su enfoque nos permite actuar en las distintas áreas de la persona, en búsqueda de su bienestar y equilibrio ocupacional.

PALABRAS CLAVE: Trastorno mental grave, programa de actividad física, fútbol

ABSTRACT

This intervention program is created to achieve an improvement over behavioral factors among individuals diagnosed with severe mental disorder. Sedentary lifestyle, social isolation and tobacco or other drug use are common within this group. Consequently, the life quality and the expected lifetime are reduced. On the other hand, low participation rates in physical and sporting activities among this group result in social exclusion because of the lack of confidence and the lack of social support they have. In the present work, the ultimate aim is to find out the importance of physical and sporting activities during the rehabilitation process of people diagnosed with severe mental disorder. More precisely, this project will be carried out by five-on-five football practice as a destination therapy with an emphasis in socially meaningful and relevant occupations. This approach would help to find the wellbeing and equilibrium occupational through sport of those diagnosed with severe mental disorder.

KEY WORDS: Severe Mental disorder, pshysical activity program, football

INTRODUCCIÓN

La salud física ha estado íntimamente relacionada con la práctica de actividad física y deportiva. Se ha demostrado que mejora la calidad de vida, protege ante el aumento de peso y la obesidad y reduce la probabilidad de aparición de diversos tipos de enfermedades como las cardiovasculares y la diabetes¹. Además, se ha constatado que un estilo de vida activo también puede resultar beneficioso en las personas a nivel psicológico y emocional. De esta manera, el ejercicio puede actuar como complemento de tratamiento y prevención en diversos procesos, como en la depresión y el estrés; donde la evidencia clínica ha demostrado que la actividad física tiene una relación positiva y de protección sobre estas.^{2, 3}

En lo referido al trastorno mental, nos encontramos ante un problema de primera magnitud ya que se estima una prevalencia anual del 9,2% en la población española para cualquier tipo de trastorno mental ⁴; con el impacto de sufrimiento y la desestructuración que esto conlleva a la persona, la familia y a su entorno. Por otro lado cuando nos referimos a personas con Trastorno Mental Grave (en adelante TMG) aceptamos la definición de más consenso formulada por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH) que define al colectivo como *"un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social"* ⁵. Entonces como la propia definición indica, no solo hay que centrarse en el diagnóstico clínico y duración del trastorno, también hay que tener en cuenta en cómo influye en el funcionamiento social, familiar y laboral de la persona afectada. Por esto las intervenciones en este colectivo deben de englobar a la persona y no solo deben ser farmacológicas sino también psicoterapéuticas y psicosociales.⁵

Dicho esto, nos situamos en un momento donde aún no está del todo establecida la medida dosis-respuesta de actividad física necesaria para lograr una mejora en las diversas dimensiones de la persona¹. La dificultad de esto se debe a los diferentes factores que rodean a las personas con TMG a la hora de intervenir:^{3, 6}

-Factores comportamentales como el sedentarismo, aislamiento, consumo de tabaco y otras sustancias tóxicas.^{3, 6}

-El tratamiento con psicofármacos efectivos contra la sintomatología positiva pero que pueden acentuar la sintomatología negativa o acarrear efectos secundarios.^{3, 6}

-La presencia de una enfermedad comórbida sobre todo física (cardiovascular, neurológica, e infecciosa), frecuente hasta en el 50% de personas diagnosticadas con esquizofrenia.^{3, 6}

-También el estigma social y autoestigma, que se traduce en escasa participación social y pérdida de confianza en sí mismo (estereotipos, prejuicios y discriminación).⁷

Por consiguiente cuando hablamos de los efectos en relación al aumento de peso debido al tratamiento con antipsicóticos, debemos saber que es un problema que siempre ha estado presente, pero que se ha hecho más visible con el advenimiento de los antipsicóticos de segunda generación, ya que hasta el momento se encontraba oculto tras los efectos extrapiramidales y discinesias producidas por los antipsicóticos de primera generación. El aumento de peso es debido al incremento de apetito que causan estos medicamentos, y las estrategias conductuales más exitosas para evitarlo son la intervención mediante el seguimiento de una dieta y la práctica deportiva con el objetivo de prevenir más no como remedio.^{8, 9}

En cuanto a la actividad física y deportiva se registran muy bajas tasas de participación entre las personas con TMG debido a la poca confianza o falta de apoyo social, reforzando su situaciones de exclusión y falta de participación ³, ya que esto crea una barrera para su ejercicio sobre todo en espacios normalizados y para una práctica rutinaria o habitual.¹⁰ Este colectivo tiene así una serie de dificultades para su reinserción en la sociedad y el desarrollo/mantenimiento de roles, por lo que es evidente que el deporte puede servir para mejorar este estado de aislamiento y fomentar la participación en actividades con reconocimiento y valor personal y social; además de ofrecer nuevas

oportunidades para su recuperación y constituir una estrategia eficaz para ofrecer una imagen positiva, desterrando ideas y creencias erróneas sobre estas personas.¹⁰

Por su parte, la Terapia Ocupacional (en adelante TO), definida como *"el arte y la ciencia de ayudar a las personas a realizar las actividades de la vida diaria que sean importantes para su salud y bienestar a través de la participación en ocupaciones valiosas"*, nos acerca al entendimiento del ser humano como un ser ocupacional con una relación positiva entre ocupación y salud.¹¹ En alusión a esto, Kielhofner referente de la TO, afirmaba que *"la actividad humana es necesaria para la vida, entendiendo al ser humano como un ser activo y la actividad como espontánea e intrínseca a la naturaleza humana"*.⁹ por lo que el sedentarismo y el aislamiento social son una ruptura con la naturaleza humana que debemos vencer en pro de un equilibrio y bienestar personal. En consecuencia, dentro de las distintas áreas de ocupación mencionadas en el Marco de Trabajo para la práctica de la TO: Dominio y Proceso, se define la posibilidad de trabajar mediante la actividad física y deportiva, como ocupación valiosa y afín al ser humano.¹²

Poniendo en relación todo lo anteriormente mencionado, de nuestra labor como terapeutas ocupacionales surge la intención de utilizar el fútbol sala como deporte colectivo con el cual intervenir en esta población, centrándonos en las habilidades de desempeño afectadas por la sintomatología tanto positiva como negativa del paciente y demás factores que producen dificultad en la atención, comunicación, procesamiento y participación en las actividades en general de las distintas áreas.¹³ En este contexto, entenderemos entonces al deporte como una ocupación significativa y herramienta en TO para promover la salud, bienestar y participación social, así como favorecer el máximo nivel de independencia y autonomía personal y mejorar la calidad de vida.¹⁴

Con respecto al fútbol sala como herramienta para llevar a cabo un programa de intervención en personas con TMG, cabe mencionar que no existe una descripción exhaustiva de hallazgos empíricos en este campo aunque sí se reconoce un interés creciente sobre estos tratamientos complementarios al convencional, para añadir al arsenal de estrategias de los recursos de salud

mental. A la hora de hablar de los beneficios para la salud física, mental y social desencadenados por el fútbol como intervención, podemos describir los siguientes puntos relevantes:¹⁵

-El fútbol es una de las disciplinas que más benefician a los participantes en términos de mejora en la salud física, especialmente en las funciones cardiovasculares de personas no entrenadas. Además puede ser beneficioso para el funcionamiento cognitivo (atención, inhibición, planificación...).¹⁵

-Muchas características psicoeducativas y sociales de la práctica del fútbol son muy relevantes para la vida, tales como: la oportunidad de interacción social, cooperar con otros, respetar reglas, compartir experiencias de ocio, experimentar logros personales y ser parte de un equipo. Contribuye al desarrollo de valores y comportamientos pro-sociales.¹⁵

-El fútbol como deporte de equipo es más adecuado para satisfacer la necesidad intrínseca de autonomía, competencia y relación; ya que la mayor frecuencia de interacciones sociales crea percepciones más positivas de estas, que a su vez aumentan la motivación intrínseca y la adhesión.¹⁵

-El fútbol ofrece un grado de percepción de estatus social y normalidad considerable, debido a su capacidad de "llegar" lo que lo convierte en un deporte para todos, independientemente de etnia, género, edad...o estado de salud.

Como compendio de todo lo citado, este trabajo tiene el propósito de poner en marcha un programa de actividad física y deportiva, centrada en el fútbol sala, para personas con TMG desde TO. Este programa de fútbol sala para personas con TMG está basado en la siguiente evidencia:

-El ejercicio físico sirve como complemento del tratamiento rehabilitador ya que protege y previene de diversos procesos (estrés, depresión...). Es beneficioso psicológico y emocionalmente, mejorando el estado de ánimo de las personas.^{2, 3}

-El deporte promueve un estilo de vida saludable y activo que influye de manera positiva en el modelo de vida habitual de estas personas, reduciendo el sedentarismo y el consumo de tabaco, sobre todo a medio y corto plazo.³

-La actividad física previene a la persona de un aumento de peso debido al efecto de los antipsicóticos y también reduce la posibilidad de la aparición de enfermedades comórbidas. Si el aumento de peso ya está instaurado, funciona como tratamiento a través de la modificación de su estilo de vida.^{1, 8, 9}

-Algunas de las habilidades comúnmente más afectadas en las personas con TMG, son aquellas que tiene que ver con la comunicación e interacción con otras personas de manera adecuada; por esto, lo mejor es proponer un deporte colectivo, ya que favorece las relaciones interpersonales y el trabajo en grupo.^{13,15}

-El fútbol sala como deporte con un alto reconocimiento y valor personal y social, lo que lo hace una actividad de interés que mejora la propia identidad personal.¹⁰

-El fútbol sala, aparte de motivar e interesar en su práctica, también funciona estimulando la participación en espacios normalizados que benefician la desaparición de falsas creencias, el estigma y la discriminación alrededor de este colectivo.^{7, 10}

En resumen, este valor de protección de la actividad física y su utilidad como medio y herramienta para intervenir sobre los factores comportamentales modificables de las personas en un entorno real y con sentido volicional, hacen del deporte una actividad completa y digna de estudio para mejorar la calidad de vida de las personas con TMG.

JUSTIFICACIÓN DESDE TO

El programa de fútbol sala en personas con TMG, surge de la necesidad de mejorar la intervención sobre los factores comportamentales modificables de los pacientes de la Unidad de Media Estancia (en adelante UME) del Hospital Psiquiátrico Nuestra Señora del Pilar de Zaragoza, para contrarrestar sobre todo los malos hábitos, el sedentarismo y el aislamiento social de los pacientes del centro. De esta manera, se propone una intervención en la cual destaca la actividad física y deportiva en el proceso rehabilitador, siendo este un medio terapéutico que hace hincapié en ocupaciones socialmente significativas y relevantes para estas personas. El deporte como herramienta que nos permite actuar sobre el individuo, la actividad y el entorno en búsqueda del bienestar y equilibrio ocupacional de la persona.

Como terapeutas ocupacionales nuestro deber es el de promover la salud y la participación de las personas; por lo que se propuso esta intervención desde TO al equipo multidisciplinar, con el fin de crear un programa terapéutico que mediante el compromiso con la actividad nos permitiera trabajar diversos puntos de interés que puedan mejorar la calidad de vida de los pacientes.

OBJETIVOS

-General: determinar la influencia de la utilización del fútbol sala como actividad deportiva relevante y sensible de ser utilizada como tratamiento complementario en personas con TMG desde TO.

-Específicos:

- Conocer el perfil de los pacientes que han participado en el programa de fútbol sala.
- Establecer un grado de compromiso con la participación en el programa.
- Aumentar el nivel de actividad/reducir el sedentarismo de los participantes.
- Mejorar la autoestima de los participantes.
- Mejorar los comportamientos generales, comportamientos interpersonales y comportamientos en la tarea, tras la implementación del programa
- Conocer la percepción que los participantes tienen sobre el programa y la influencia de este sobre ellos para proponer modificaciones que mejoren la calidad del mismo.

METODOLOGÍA

Programa de intervención mediante el fútbol sala desde TO, a modo de pequeño estudio descriptivo que consta de una evaluación inicial y otra final; comprende desde el 27 de febrero al 29 de mayo de 2018 (3 meses).

La población diana la conforman todos los pacientes de la UME del Hospital Psiquiátrico Nuestra Señora del Pilar de Zaragoza, de los cuales han pasado por el programa 10 pacientes, todos ellos hombres.

Los métodos de selección se han regido por factores motivacionales:

-Criterios de inclusión: pacientes que muestran su interés por participar en el programa y que tengan firmado el consentimiento informado para el estudio.

-Criterios de exclusión: pacientes que dan su negativa de participar en el programa y/o que no dispongan del consentimiento informado.

Descripción de la población

Para conformar un perfil del grupo de personas que forman parte del programa debemos saber una serie de datos (edad, diagnóstico, nivel de independencia...) que nos ayuden a comprender mejor su situación y cómo intervenir.

El grupo de 10 personas que han formado parte del programa está constituido por pacientes de la UME de entre 24 y 45 años, todos ellos hombres con un diagnóstico de TMG. Este término comprende una serie de diagnósticos más específicos dentro del grupo de las psicosis como la esquizofrenia, el trastorno bipolar, episodio depresivo grave con síntomas psicóticos, trastorno obsesivo compulsivo (TOC), trastorno depresivo grave recurrente, trastorno esquizoafectivo, trastorno esquizotípico, trastorno delirante inducido o persistente y otros trastornos psicóticos no orgánicos; con la característica común de ser enfermedades mentales crónicas que ocasionan grandes dificultades para la convivencia familiar, comunitaria, su autonomía y desempeño ocupacional. Cabe mencionar que los diagnósticos más comunes dentro del

grupo son: la esquizofrenia, TOC y el trastorno bipolar, pero no son los únicos, ya que suelen haber combinaciones de varios trastornos a la vez.

Los problemas más relevantes a nivel funcional u ocupacional derivados del TMG, son la falta de autonomía personal centrada en los autocuidados (higiene personal, vestido...), desorganización de la rutina diaria, pérdida de roles y habilidades sociales, además de alteraciones a nivel cognitivo-conductual. Todo esto provoca que los pacientes puedan presentar una vida algo caótica, empezando por un aspecto falto de higiene y desaliñado, seguido de un desorden en sus tareas cotidianas necesitando de orientación o una rutina bien delimitada. También se da la situación de personas aisladas socialmente, por lo que necesitan de una guía para recuperar roles tan básicos como el de amigo, hijo o padre; estas habilidades cognitivo-conductuales y sociales se encuentran en ocasiones mal integradas o casi inexistentes, por lo que suelen ser personas con núcleos familiares desestructurados y vida social mal orientada o insana que les incita al consumo de tóxicos.

Por esta razón, es importante conocer que varios de los participantes presentan o han presentado en algún momento de su vida una patología dual, lo que significa la aparición de una adicción y un trastorno mental de manera simultánea. Estas adicciones van desde sustancias integradas en la sociedad como el tabaco a otras no integradas como el cannabis, sustancia que puede provocar un aumento en la frecuencia de crisis o episodios e interferir con el tratamiento.

Otros aspectos relevantes de estos pacientes es la precariedad socioeconómica de muchos y la falta de conciencia de enfermedad, la cual les lleva a una falta de adherencia al tratamiento y conflictos en la relación terapéutica con los profesionales. Dicha relación debe trabajarse y reforzarse mediante un compromiso del paciente con las pautas marcadas en el tratamiento, para evitar que crean no necesitarlo o dejen de seguirlo al no ver resultados inmediatos. En cuanto a la precariedad socioeconómica, es el resultado de vidas con escasa o ninguna historia laboral por culpa del debut de sus enfermedades. También cabe destacar la predisposición de algunos a trabajar y la falta de ganas de otros, que dentro de sus circunstancias patológicamente complicadas se encuentran en

frecuente busca de empleo, estudios o participativos en talleres prelaborales (manipulados) para corregir su situación. A esto hay que añadir la situación de varios participantes que se encuentran en la tesitura de tener que dormir en la UME y contar con permisos para salir; y la de otros tantos que solo van a determinadas horas, actividades, talleres y luego vuelven a su domicilio.

En general se trata de personas conflictivas, en el sentido de que la mayoría han pasado por diferentes centros o instituciones sin éxito de rehabilitación y cada nuevo ingreso plantea un reto en estabilidad clínica; obtención, refuerzo o mantenimiento de herramientas o habilidades cognitivas, reinserción social y ocupacional.

Plan de trabajo

-Propuesta y contacto inicial: en un primer momento se realizó una reunión con el psiquiatra y la terapeuta del centro para evaluar las posibilidades del estudio. También nos reunimos con los interesados en participar para plantear los posibles días y horarios para las sesiones de manera que se ajustara y permitiera el máximo de asistencia posible.

-Implementación del trabajo: el programa fue implementado desde el día 27 de febrero al 29 de mayo. En el (ANEXO I) se especifica el cronograma llevado a cabo con un resumen de cada una de las fases y sesiones de este. La intervención consistió en 21 sesiones de fútbol sala, dos veces por semana los días martes y jueves; y un partido contra el Centro de Día Romareda el 6 de junio a modo de incentivo. Cada sesión tenía una duración estimada de 45-50 minutos, tiempo que se ajusta a las capacidades físicas de los participantes y a que se mantengan a un nivel adecuado de concentración e interés en la actividad; además cada sesión cuenta con:

- *Calentamiento:* estiramientos, movilización articular y 5 min de carrera continua para entrar en calor y evitar lesiones.
- *Parte principal:* ejercicios o juegos para terminar de entrar en calor (rondos, juegos de pases con las manos y remate con el pie...), jugadas

combinadas (serie de pases con finalización, centro y remate...), ataque-defensa de uno contra uno y dos para uno, y partido a campo reducido.

- *Vuelta a la calma*: tanda de penaltis o faltas, ejercicios de musculación (sentadillas, flexiones, burpees, fondos...) y estiramientos mientras comentamos cómo ha ido la sesión.

-Recogida y análisis de información: durante el programa se recabó información mediante la observación e instrumentos (escalas y cuestionarios) autoadministrados. Esta recogida de información se realizó específicamente en dos momentos a modo de evaluación inicial (1º y 2º semana) y final (dos últimas semanas); y de continuo en el cuaderno de campo tras cada sesión. Hay que tener en cuenta que esta evaluación final se va a encontrar limitado o influenciada por el tiempo, resultando ideal reevaluar a los participantes transcurridos unos 6 meses, un periodo más adecuado para verificar cambios en su conducta y modo de vida.

-Resultados y conclusiones: tras analizar los datos recogidos, se exploran los resultados y se determinan las conclusiones del estudio.

Recursos

-Recursos físicos:

- *Espacios*: la reunión inicial se realizó en la sala de reuniones del equipo multidisciplinar, situada en la primera planta del pabellón "Alonso V" y los instrumentos de recogida de información se pasaron en las mesas del salón comunitario de la planta baja de este mismo pabellón. Las sesiones de fútbol sala, fueron llevadas a cabo en el campo de cemento del parque Delicias.
- *Materiales*: material de reprografía, dos balones de fútbol sala y cinco petos. El material ha sido administrado por el centro.

-Recursos humanos: en un grupo reducido como este con una sola persona guiando las sesiones es suficiente. En caso de grupos mayores de 10 participantes recomendaría un auxiliar para mantener encauzada y dinámica la sesión.

Instrumentos de evaluación

Se han utilizado tres instrumentos para recopilar información sobre los participantes en diversos ámbitos de interés, además de un registro de asistencia y un cuestionario final, para valorar el programa y los progresos durante este.

-Registro de asistencia: documento diseñado para anotar la asistencia o no, a las sesiones, de los participantes durante el periodo del programa. Con este registro mi intención es tener evidencia del grado de compromiso adquirido por el usuario con la ocupación, este nivel de adherencia es un aspecto importante en los tratamientos de pacientes psiquiátricos ya que suelen ser dispersos y poco constantes en sus participaciones. Un porcentaje en asistencias superior al 75-80% de las sesiones es un compromiso a tener en cuenta. (ANEXO II)

-COTE (Comprehensive occupational Therapy Scale): evaluación específica de terapia ocupacional, que consiste de una escala observacional dirigida a personas con enfermedad mental que participan en actividades de los programas asistenciales. Consta de 26 comportamientos ocupacionales observables durante la actividad, divididos en tres áreas: comportamiento general (8 ítems), comportamiento interpersonal (6 ítems) y el comportamiento en la tarea (12 ítems). Cada comportamiento ocupacional se valora de 0 (máxima función) a 4 (máxima disfunción).¹⁶

En esta evaluación esperamos ver reflejados aspectos trabajados durante las sesiones, aspectos que cuentan con indicadores para valorar si hemos influido mediante la intervención, en diversos ítems, de los que destacan: la apariencia, la responsabilidad, asistencia/puntualidad, cooperación, autoafirmación, sociabilidad, coordinación, seguir las instrucciones, toma de decisiones y la tolerancia a la frustración. Una reducción de uno o dos puntos en alguno de estos ítems sería una muestra importante de mejora. (ANEXO III)

-Escala de autoestima de Rosenberg (en adelante EAR): uno de los instrumentos más utilizados para la medición global de la autoestima. Está compuesta por 10 ítems que se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo/a. La mitad de los ítems están enunciados positivamente y la otra mitad negativamente. Su puntuación es tipo Likert, escala de cuatro puntos (1=muy de acuerdo, 2=de acuerdo, 3=en desacuerdo, 4=totalmente en desacuerdo). Se utiliza frecuentemente debido al reconocimiento de la autoestima como un constructo de interés y relevancia en diversos cuadros psicopatológicos.¹⁷

Para esta escala tenemos que tener en cuenta dos circunstancias a la hora de valorar, el encontrarnos ante alguien con baja o media autoestima y alguien con la autoestima muy elevada. En el caso de una autoestima baja o media consideraremos un aumento de unos 3 puntos como un gran progreso en la mejora de la autovaloración positiva; pero en el caso de una autoestima muy elevada, habrá que sopesar si puede ser patológico o por el contrario se trata de un buen resultado en este indicador. (ANEXO IV)

-IPAQ (Cuestionario Internacional de Actividad Física, en su versión corta): instrumento estandarizado que nos permite examinar diferentes dimensiones de la actividad física realizada por una población. Estos cuestionarios diseñados para adultos de entre 18 y 65 años, proporcionan información acerca del tiempo empleado al caminar, en actividades de intensidad moderada, vigorosa y en actividades sedentarias; todo ello organizado en un formato de siete preguntas autoadministradas contestadas en días/horas por día/ minutos por día dedicados a la actividad física o sedentarismo. Los resultados se clasifican en 3 categorías dependiendo de los MET (unidad de consumo energético) -minuto-semana: nivel de actividad física bajo o inactivo, nivel moderado y nivel alto.¹⁸

Este instrumento nos servirá de guía para discernir si mediante el programa conseguimos estimular el nivel de actividad física realizado por los participantes y así tener un impacto positivo en su salud y bienestar. Entenderemos como cambio sustancial un aumento en la actividad alrededor a los 1000 MET aunque no varíe el nivel o categoría en el que se clasifica la valoración del usuario. (ANEXO V)

-Encuesta de valoración personal y satisfacción: instrumento creado para recopilar datos acerca de la opinión de los participantes sobre el programa, así como de valorar el grado de satisfacción y conformidad con este y la implementación de posibles mejoras.⁹ (ANEXO VI)

Aspectos éticos

La participación en este programa solo ha sido posible previo consentimiento informado a los usuarios interesados o tutores. El motivo de esto ha sido mantener al tanto a participantes y representantes legales, de las características del programa de intervención y su proceso, el cual es voluntario, estrictamente confidencial y con libertad de decisión de retirarse del estudio. (ANEXO VII)

RESULTADOS

De las 10 personas que iniciaron el programa, se produjeron 5 abandonos por diversos motivos, tales como: dos alta de la UME, dos altas voluntarias del recurso y un ingreso en agudos.

A continuación se exponen los resultados obtenidos mediante los diferentes instrumentos de obtención de información utilizados para la evaluación y reevaluación de los participantes en el programa, en relación a los objetivos específicos marcados.

En primer lugar e indicado en la TABLA 1, se muestran los datos analizados referentes al compromiso establecido con la actividad propuesta en el programa. Estos resultados muestran un buen nivel de compromiso por parte de los usuarios 1 y 2, un compromiso adecuado del usuario 3, y una participación algo más esporádica y dispersa por parte de los usuarios 4 y 5.

Tabla 1. Resultados del registro de asistencia.

Usuario	U1	U2	U3	U4	U5
Asistencias / nº total de sesiones	21/21	19/21	17/21	15/21	13/21
Porcentaje de asistencias (%)	100	90,47	80,95	71,42	61,90

Seguidamente en la TABLA 2, se presenta el análisis de los resultados de la evaluación inicial y final de los comportamientos que nos interesaba observar mediante la COTE. Los resultados comprenden una mejoría general en el comportamiento que, se hace más notorio en los usuarios 1 y 2, pudiendo estar relacionado este con sus niveles de asistencia más altos.

Tabla 2. Resultados COTE.

Usuario	U1		U2		U3		U4		U5	
Evaluación	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final
1.Comportamiento general										
A. Apariencia	2	1	3	2	1	1	1	1	3	2
B. Comportamiento no productivo	1	1	0	0	0	0	2	2	0	0
C. Nivel de actividad	0	0	1a	1a	0	0	1a	1a	1a	1a
D. Expresión	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0
E. Responsabilidad	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0
F. Asistencia/puntualidad	2	0	0	0	2	1	2	2	0	0
G. Orientación a la realidad	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
H. Conceptualización	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2
Subtotal	9	6	7	5	4	3	10	10	7	6
2. Comportamiento interpersonal										
A. Independiente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B. Cooperación	1	1	2	1	1	0	1	1	1	1
C. Autoafirmación	0	0	1b	1b	1b	1b	1a	1a	1a	1a
D. Sociabilidad	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
E. Demanda de atención	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1
F. Respuestas negativas de otros	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Subtotal	2	2	4	2	2	1	3	3	3	3

3. Comportamiento en la tarea										
A. Compromiso	2	2	2	2	1	1	3	2	2	2
B. Concentración	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1
C. Coordinación	4	2	4	2	1	1	1	1	1	1
D. Seguir instrucciones	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
E. Atención a los detalles	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1
F. Resolución de problemas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
G. Complejidad y organización de la tarea	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
H. Aprendizaje inicial	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
I. Interés en la actividad	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
J. Interés en completar la tarea	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0
K. Toma de decisión	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
L. Tolerancia a la frustración	1	1	2	1	0	0	1	0	0	0
Subtotal	10	8	14	10	6	6	11	9	9	8
TOTAL	22	16	25	17	12	10	24	22	19	17
*En el apartado "E" se puede indicar de acuerdo a: la pulcritud en la actividad o la atención a los detalles, en este caso mediremos la segunda opción. Los apartados 1C y 2B tienen posibilidad de respuesta en subapartados "a ó b".										

En la TABLA 3, podemos encontrar los datos destacados que tienen que ver con la mejora de la autoestima mediante el programa. Estos datos reflejan una estabilidad en la autoestima percibida de los usuarios 1 y 2, lo cuales ven variada la misma solo un punto, manteniéndose en valores medios/medios altos; mientras los usuarios 3, 4 y 5 parecen notar cambios más significativos de hasta 3 puntos de aumento y descenso.

Tabla 3. Resultados de la escala de autoestima de Rosenberg

Usuario	U1		U2		U3		U4		U5	
Evaluación	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final
	29	30	30	29	29	27	33	36	33	30

Para la recopilación de datos sobre el aumento del nivel de actividad/reducción del sedentarismo, se agruparon y analizaron los datos en la TABLA 4. Se puede percibir un claro aumento en los niveles de actividad de la mayoría de los participantes, acompañado en muchos casos de una reducción del sedentarismo.

Tabla 4. Resultados IPAQ en MET-minuto/semana

Usuario	U1		U2		U3		U4		U5	
Evaluación	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final
1. Caminatas	132	594	396	297	396	396	2772	2079	198	495
2. Actividad física moderada	0	3600	0	480	0	480	1920	1080	0	240
3. Actividad física vigorosa	0	960	0	960	0	960	3840	4800	480	960
TOTAL	132	5154	396	1737	396	1836	8532	7959	678	1695
*Tiempo sentado durante el día (horas)	5	2	10	6	6	1	1	1	1	1

Por último, para obtener una visión más clara de las diferentes opiniones y respuestas de los participantes acerca del programa, su satisfacción hacia este y las diversas posibilidades de mejorar; se agrupan los datos en la TABLA 5.

Tabla 5. Resultados de la encuesta de valoración personal y satisfacción

Usuario	U1	U2	U3	U4	U5
Preguntas					
1. ¿Estás mejor físicamente desde que empezó el programa?	“Por igual que antes, levemente quizás”	“Sí”	“Mejor”	“Sí, en todos los sentidos, más fuerte y delgado”	“Sí, estoy contento por jugar y poder”
2. ¿Estás mejor contigo mismo desde que empezó el programa?	“Quizás mínimamente”	“Sí”	“Sí, claro”	“Sí, con mejor ánimo”	“Sí”
3. ¿Crees que has mejorado en algo, por ejemplo en confianza, ansiedad...? ¿En qué?	“En conocer mejor mis límites y resistencia. En compañerismo”	“Sí, en motivación”	“La forma física”	“Más sosegado, tranquilo y menos inestable”	“Motivación”
4. ¿Crees haber mejorado en tus relaciones con los demás?	“Un poco quizás”	“Sí”	“Sí, estoy bien”	“He mejorado mi relación con las personas del psiquiátrico”	“Sí y me relaciono con todos”
5. ¿Te gusta estar con los compañeros y el terapeuta?	“Sí, me tratan bien y son buenos amigos”	“Sí”	“Sí, me hacen pasar mejor rato”	“Sí, claro”	“Sí, me parece muy bien”
6. ¿Cómo te sientes cuando vienes al programa?	“Bien, pero cansado y poco vital”	“Bien”	“Bastante bien”	“Motivado y con ganas de divertirme y hacer ejercicio”	“Muy bien”

7. ¿Qué es lo que más te gusta del programa?	“El pasar un rato en compañía pasándolo bien. Mejorar mi técnica”	“El hacer algo de deporte”	“Jugar al fútbol”	“Jugar a meter gol en una portería por equipos”	“El entrenamiento”
8. ¿Qué dificultades has encontrado durante el programa?	“Superar el cansancio y el sueño”	“Mi forma física”	“Ninguna”	“No sabría qué decir, nada importante”	“Ninguna”
9. ¿Qué crees que se puede mejorar en el programa?	“En un principio nada, está bien en general”	“Nada”	“La resistencia”	“Hacer abdominales al final”	“Que haiga más gente”

DISCUSIÓN

La hipótesis inicial planteaba que, a través de un programa de actividades físicas y deportivas centrado en el fútbol sala, las personas con TMG establecerían un compromiso con una actividad significativa para ellos, que sirviera de herramienta para mejorar factores comportamentales como el sedentarismo, la autoestima y el comportamiento general, interpersonal y en la tarea. Analizando los datos anteriormente señalados podemos concluir:

Los usuarios 1,2 y 3 consiguieron un grado de adhesión al programa y de compromiso con el mismo dentro de los parámetro marcados como relevantes a la hora de crear una continuidad en su práctica deportiva y participación; esta adhesión además de ser un fin en sí misma, nos permite una mayor predisposición para trabajar los cambios en los comportamientos que nos conducirán a un aumento de la calidad de vida. Los usuarios 4 y 5 han obtenido porcentajes más reducidos, indicadores de mayor dispersión y discontinuidad en la participación, aunque se mantienen en valores buenos cercanos a lo que queríamos conseguir.

En lo que concierne a los comportamientos observados por la COTE, los resultados nos muestran una mejoría general, de entre los que podemos destacar: en comportamiento general, los ítems de apariencia y asistencia/puntualidad; en comportamiento interpersonal, la cooperación; y en comportamiento en la tarea, la coordinación y la tolerancia a la frustración.

- *Apariencia*: se presenciaron cambios de un punto en los usuarios 1,2 y 5; cambios centrados en la mejora de los factores de cabello limpio, peinado y ropa apropiada. La apariencia de estos usuarios así como su elección de vestimenta apropiada a la situación, mejoró en el transcurso del programa.
- *Asistencia/puntualidad*: los usuarios 1 y 3 muestran cambios en este ítem, en el casos del usuario 3 de un punto y en el usuario uno de dos. Este comportamiento refleja la responsabilidad, compromiso y motivación del

usuario con la ocupación, y como se logró una mejoría en términos de puntualidad.

- *Cooperación:* el nivel de cooperación con la actividad aumentó paulatinamente y esto se ve reflejado en el cambio de un punto producido en los usuarios 2 y 3, quienes pasaron a adoptar una postura más colaboradora y de menos oposición.
- *Coordinación:* los usuarios 1 y 2 tantearon un cambio de hasta dos puntos en este ítem. Estos cambios comprenden una mejora en esta capacidad de armonizar los movimientos y de los efectos de la medicación sobre la misma. La descoordinación era algo evidente en diversas tareas, que con el paso del tiempo pasaron a realizarse de forma más fluida y delicada.
- *Tolerancia a la frustración:* aunque no pasó a interferir en la realización final de la actividad, una baja tolerancia de los usuarios 2 y 4 en varias tareas, les hacía producir ciertos comentarios de desganancia que; posteriormente y como se ha visto reflejado en los resultados con una variación de un punto, se subsanó con un manejo más apropiado de esta frustración dando paso al disfrute de la actividad, aunque no les salieran las cosas como querían.

A la vista de los resultados obtenidos en la EAR, podemos pensar que la autoestima de los usuarios 1 y 2 se ha mantenido estable con variaciones de un punto que los sitúa en la línea entre autoestima media y autoestima alta. Por otra parte, el usuario 3 ha encontrado reducida su autoestima en dos puntos y el usuario 5 en tres, pero sin variación sustancial ya que continúan con una autoestima media y alta respectivamente. El usuario 4 ha mostrado un incremento notable de tres puntos que, aunque no varía mucho su interpretación, le sitúa con una autoestima muy elevada.

En lo que respecta al nivel de actividad y sedentarismo, el análisis de los resultados refleja una relación significativa del programa con el aumento general del tiempo que semanalmente los usuarios le dedican al ejercicio físico, y la reducción de las horas al día del sedentarismo.

En la encuesta de valoración personal y satisfacción, se constata la percepción de los usuarios acerca del programa; dando como resultado que, las sensaciones de todo el conjunto de participantes son de mejoría, tanto física como de autoestima. Además, el frecuente estado de socialización y participación durante la actividad, les concibe una impresión de aumento en sus capacidades sociales; y también la apreciación de la creación de un grupo de compañeros con los que se encuentran a gusto. El ejercicio físico y en concreto el fútbol sala, se alza como una actividad con un gran carácter motivador sobre los usuarios.

CONCLUSIONES

Se ha logrado establecer ciertos cambios con respecto al nivel de actividad y sedentarismo, los comportamientos generales, interpersonales y en la tarea que nos muestran un progreso hacia un estilo de vida más saludable, con un equilibrio ocupacional más balanceado y un desarrollo de roles dentro de un grupo al que sienten que pertenecen.

En consonancia con los resultados, es importante tener en cuenta la situación de cada usuario, a la hora de realizar la evaluación y reevaluación en personas con TMG, sopesando si la persona se encuentra en un periodo de exaltación de sintomatología positiva o si por el contrario está en una fase depresiva; ya que todo esto puede influir en los datos recogidos. Si se dispone del tiempo necesario, lo ideal sería realizar dichas pruebas en periodos de estabilidad.

El grado de compromiso conseguido me ha parecido bueno aunque mejorable en algunos usuarios. Hay que destacar que para la consecución de los objetivos deseados se necesita de una continuidad en la participación difícil de lograr con estos usuarios, para contrarrestar esto se necesitaría estudiar previamente la población a la que va dirigida para designar una actividad motivadora y de interés que nos permita conseguir un grado de adhesión mayor.

Los resultados van a verse influenciados por la relación terapéutica y el entorno social, debido a que una actividad realizada en un entorno que permita oportunidades controlada de experiencias normalizadoras, como puede ser un partido improvisado con desconocidos; puede ser una vivencia enriquecedora para ellos. Así mismo, la relación terapéutica entre el profesional y los participantes debe de estar bien delimitada pero sin perder la cercanía, normalidad y flexibilidad que demandan, de lo contrario se pueden crear inconvenientes en la relación que interfirieran con la actividad y participación.

Las limitaciones del programa se centran en: un tiempo reducido para valorar cambios significativos que puedan influir en la calidad de vida de la persona; a fecha 30 de mayo de 2018, no haber encontrado bibliografía específica que relacione la TO y el fútbol; un grupo reducido de participantes que hacen de la

muestra valorada, poco representativa; y en relación a lo anterior, se debería equilibrar el número de hombres y mujeres de la muestra.

Es importante recordar la interrelación de los diferentes aspectos trabajados mediante el programa aunque no hayan sido evaluados por diversas circunstancias, ya que forman parte de un mismo propósito general de mejorar el bienestar e inclusión social de los participantes.

BIBLIOGRAFÍA

1. De la Cruz-Sánchez E, Moreno-Contreras M.I, Pino-Ortega J, Martínez-Santos R. Actividad física durante el tiempo libre y su relación con algunos indicadores de salud mental en España. *Salud Ment (México)*. 2011; vol.34 (1).
2. Deslandes A, Moraes H, Ferreira C, Veiga H et al. Exercise and mental health: Many reasons to move. *Neuropsychobiology*. 2009; 59(4):191-8.
3. Mullor D, Gallego J, Cangas A.J, Aguilar-Parra J.M, Valenzuela L, Mateu J.M, López Pardo A. Efectividad de un programa de actividad física en personas con trastorno mental grave. *Rev.int.med.cienc.act.fís.deporte (Madrid)*. 2017 [23/12/17]; vol. 17 (67) pp. 507-521. Disponible en: <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista67/artefectos842.htm>
4. Gutiérrez-Fraile M, García-Calvo C, Prieto R, Gutiérrez-Garitano I. Mental disorders in psychiatric outpatients in Spain. *Actas Esp Psiquiatr* 2011; 39(6):349-55.
5. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan de Calidad para el sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS Nº 2007/05.
6. Sáiz Ruiz J, et al. Consenso sobre la salud física del paciente con esquizofrenia de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y de Psiquiatría Biológica. *Actas Españolas de Psiquiatría (Oviedo)*. 2008; 36(5):251-264.
7. Arnaiz A, Uriarte JJ. Estigma y enfermedad mental. *Norte de Salud Mental (Pais Vasco)*. 2006; vol.6 (26): 49-59.

8. Mukundan A, Faulkner G, Cohn T, Remington G. Antipsychotic switching for people with schizophrenia who have neuroleptic-induced weight or metabolic problems. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 12. Art. No.: CD 006629
9. Rodríguez Ibáñez R, Estudio de caso sobre los efectos de un programa de deporte adaptado en el Trastorno Mental Grave. Almería: facultad de humanidades y psicología, universidad de Almería; 2014.
10. López Pardo A. Deporte en personas con Trastornos Mentales Graves: buenas prácticas en Europa. En: Libro de actas del II Congreso Nacional de Sensibilización al Estigma Social en Salud Mental y III Congreso Nacional de Actividad Física y Deporte Adaptado. Almería: Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM); 2014.
11. Hermida Carballido N. Actividades físicas y desempeño ocupacional en salud mental [trabajo fin de grado]. A Coruña: Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de La Coruña; 2011.
12. Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia ocupacional: Dominio y proceso. 2da Edición [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal de internet]. 2010 [19/02/2018]; [85p]. Disponible en: <http://www.terapiaocupacional.com/aota2010espa.html>. Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational Therapy practice framework: Domain and process (2nd ed).
13. Marin Berges M, Cantero Latorre A. El deporte como parte del tratamiento ocupacional en un caso de esquizofrenia indiferenciada. TOG (A Coruña) [revista en internet]. 2014 [23/12/17]; 12(21): [11p]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num21/pdfs/caso2.pdf>
14. Ramírez Rosa S. Estudio Comparativo de las Competencias del Terapeuta Ocupacional en Actividades Físicas y Deporte Adaptado [trabajo fin de grado]. Elche: Facultad de Medicina, Universidad Miguel Hernández; 2016.

15. Friedrich B, Mason OJ. "What is the score?" A review of football-based public mental health interventions". *Journal of Public Mental Health*, 2017, Vol. 16 Issue: 4, pp.144-158. Disponible en: <https://doi.org/10.1108/JPMH-03-2017-0011>
16. Bellido Mainar JR, Berrueta Maeztu LM, Sanz Valer P, López Gistaú T, Gea Sánchez A. Adaptación española de la Comprehensive Occupational Therapy Scale (COTE) para pacientes psiquiátricos. *TOG (A Coruña)* [revista en internet]. 2015 [6 de mayo de 2018]; 12(22): [35p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num22/pdfs/original5.pdf>
17. Vázquez Morejón AJ, Vázquez-Morejón Jiménez R, Bellido Zanin G. Fiabilidad y validez de la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) en pacientes con diagnóstico de psicosis. *Apuntes de Psicología*, 2013, Vol. 31, número 1, págs. 37-43
18. Mantilla Toloza SC, Gómez-Conesa A. El Cuestionario Internacional de Actividad Física. Un instrumento adecuado en el seguimiento de la actividad física poblacional. *Rev Iberoam Fisioter Kinesol* 2007; 10(1):48-52.
19. UMA: Universidad de Málaga [Internet]. Málaga [citado 4 de enero de 2018]. Cuestionario internacional de actividad física IPAQ: formato corto autoadministrado de los últimos 7 días para adultos. Disponible en: https://www.uma.es/media/tinyimages/file/cuestionario_de_actividad_fisica.pdf

ANEXOS

Anexo I. Cronograma

LAS SESIONES DEL PROGRAMA SE CENTRAN EN:		Febrero	Marzo						Abril						Mayo							
		27	1	6	8	13	15	22	3	5	12	17	24	26	3	8	10	15	17	22	24	29
Presentación y primer contacto																						
Evaluación inicial																						
Desarrollo	Ejercicios de fuerte contenido en socialización																					
	Aspectos más lúdicos de la actividad																					
	Normalización e inclusión social																					
	Mejora del estado físico																					
	Interés, iniciativa y toma de decisiones																					
Reevaluación/evaluación final																						

Anexo II. Hoja de asistencias

Nombre y Apellidos	Febrero	Marzo						Abril						Mayo							
	27	1	6	8	13	15	22	3	5	12	17	24	26	3	8	10	15	17	22	24	29

PARTE I: COMPORTAMIENTO GENERAL

<p>a. Apariencia</p> <p>Están comprendidos los siguientes seis factores: (1) piel limpia (2) cabello limpio, (3) peinado, (4) ropa limpia (5) ropa planchada, (6) ropa apropiada para la ocasión.</p> <p>0. Sin problemas en ninguna área.</p> <p>1. Problemas en 1 área.</p> <p>2. Problemas en 2 áreas.</p> <p>3. Problemas en 3 ó 4 áreas.</p> <p>4. Problemas en 5 ó 6 áreas.</p> <p>b. Comportamiento No productivo</p> <p>(Balanceo, juego con las manos, manifestaciones repetidas, se muestra hablándose a sí mismo, preocupado con sus propios pensamientos, etc.)</p> <p>0. No manifiesta comportamientos no productivos durante la sesión.</p> <p>1. Manifiesta comportamientos ocasionales no productivos durante la sesión.</p> <p>2. Manifiesta comportamientos no productivos durante la mitad de la sesión.</p> <p>3. Manifiesta comportamientos no productivos durante las tres cuartas partes de la sesión.</p> <p>4. Manifiesta comportamientos no productivos durante toda la sesión.</p> <p>c. Nivel de actividad (a o b)</p> <p>(a)</p> <p>0. No hipo actividad.</p> <p>1. Ocasionalmente hipo actividad</p> <p>2. Hipo actividad llama la atención de los otros participantes.</p> <p>3. Nivel tal de hipo actividad que puede participar pero con gran dificultad.</p> <p>4. Nivel tal de hipo actividad que el paciente no puede participar en la actividad.</p> <p>(b)</p> <p>0. No hiper actividad.</p> <p>1. Ocasionalmente hiper actividad</p> <p>2. Hiper actividad, llama la atención de los otros participantes.</p> <p>3. Nivel tal de hiper actividad que puede participar pero con gran dificultad.</p> <p>4. Nivel tal de hiper actividad que el paciente no puede participar en la actividad.</p>	<p>d. Expresión</p> <p>0. Expresión coherente con la situación y el ambiente.</p> <p>1. Comunica expresivamente, ocasionalmente de forma inapropiada.</p> <p>2. Manifiesta expresión inadecuada varias veces durante la sesión.</p> <p>3. Se muestra expresivo, pero de manera incompatible con la situación.</p> <p>4. Expresiones bizarras, incontroladas o sin expresión.</p> <p>e. Responsabilidad</p> <p>0. Toma responsabilidad de sus propias acciones.</p> <p>1. Niega responsabilidad para 1 ó 2 acciones.</p> <p>2. Niega responsabilidad de varias acciones.</p> <p>3. Niega responsabilidad en la mayoría de las acciones.</p> <p>4. Niega toda responsabilidad – interfiere en el proyecto y culpa al TO o a sus compañeros.</p> <p>f. Asistencia/Puntualidad</p> <p>0. Preparado para asistir a la terapia.</p> <p>1. Necesita estimulación un 20% del tiempo</p> <p>2. Necesita estimulación un 50% del tiempo.</p> <p>3. Rechaza hasta un 50 % del tiempo.</p> <p>4. Rechaza más del 50 % del tiempo.</p> <p>g. Orientación a la realidad</p> <p>0. Conciencia completa de persona, espacio, tiempo y situación.</p> <p>1. Conciencia general pero incoherente en alguna área.</p> <p>2. Falta de conciencia en 2 áreas.</p> <p>3. Falta de conciencia en 3 áreas.</p> <p>4. Falta de conciencia de persona, lugar, tiempo y situación (quién, dónde, qué y porqué)</p> <p>h. Conceptualización</p> <p>5. Demuestra pensamiento abstracto.</p> <p>6. Responde de forma abstracta más de una vez</p> <p>7. Respuestas concretas relevantes.</p> <p>8. Responde de forma concreta más de una vez</p> <p>9. Respuestas no relacionadas con la situación</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

PARTE II: COMPORTAMIENTO INTERPERSONAL

<p>a. Independencia</p> <p>0. Funcionalmente independiente. 1. Sólo 1 ó 2 acciones dependientes. 2. Mitad de acciones independientes y mitad dependientes. 3. Sólo 1 ó 2 acciones independientes. 4. No tiene acciones independientes.</p> <p>b. Cooperación</p> <p>0. Cooperar con la actividad. 1. Sigue la mayoría de las instrucciones, se opone menos de la mitad. 2. Sigue la mitad y se opone la mitad. 3. Se opone las tres cuartas partes de las veces. 4. Se opone a todas las instrucciones y sugerencias.</p> <p>c. Autoafirmación (a o b)</p> <p>(a)</p> <p>0. Asertivo cuando es necesario. 1. Condescendiente menos de la mitad de la sesión. 2. Condescendiente la mitad de la sesión. 3. Condescendiente las tres cuartas partes de la sesión. 4. Totalmente pasivo y condescendiente.</p> <p>(b)</p> <p>0. Asertivo cuando es necesario. 1. Dominante menos de la mitad de la sesión. 2. Dominante la mitad de la sesión. 3. Dominante las tres cuartas partes de la sesión. 4. Totalmente dominante en la sesión.</p>	<p>d. Sociabilidad</p> <p>0. Se socializa con el personal y los pacientes. 1. Se socializa con el personal y ocasionalmente con otros pacientes o viceversa. 2. Se socializa sólo con el personal o con los pacientes. 3. Se socializa sólo cuando se le acercan. 4. No se une a otros en la actividad, incapaz de tener una conversación espontánea incluso cuando le hablan.</p> <p>e. Demanda de Atención</p> <p>0. Ninguna demanda de atención irracional. 1. Menos de la mitad del tiempo utilizado en solicitar la atención. 2. La mitad del tiempo utilizado en solicitar atención. 3. Tres cuartas partes del tiempo utilizado en solicitar atención. 4. Demandas de constante atención verbales o no verbales.</p> <p>f. Respuestas negativas de otros</p> <p>0. No provoca respuestas negativas. 1. Provoca 1 respuesta negativa. 2. Provoca 2 respuestas negativas. 3. Provoca 3 ó más respuestas negativas durante la sesión. 4. Provoca numerosas respuestas negativas de los otros y el TO debe intervenir o realizar alguna acción.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

PARTE III: COMPORTAMIENTO EN LA TAREA

<p>a. Compromiso</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. No necesita ser estimulado para iniciar la tarea. 1. Necesita ser estimulado una vez para iniciar la tarea. 2. Necesita ser estimulado 2 ó 3 veces para aplicarse a la tarea. 3. Se aplica a la tarea después de ser muchas veces estimulado. 4. No se aplica a la tarea. <p>b. Concentración</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Ninguna dificultad de concentración durante la sesión completa. 1. Se desconcentra menos de un ¼ de tiempo. 2. Se desconcentra la mitad de tiempo. 3. Se desconcentra ¾ del tiempo. 4. Se desconcentra de la tarea en menos de un minuto. <p>c. Coordinación</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. No presenta dificultades de coordinación. 1. Problemas ocasionales con detalles delicados, manipular herramientas o materiales. 2. Problemas ocasionales manipulando herramientas o materiales, problemas frecuentes con detalles delicados. 3. Algunas dificultades con movimientos amplios. Incapaz de manipular ciertas herramientas o materiales. 4. Gran dificultad en los movimientos (motricidad gruesa). Incapaz de manipular herramientas o materiales (motricidad fina). <p>d. Seguir instrucciones</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Cumple las instrucciones sin problemas. 1. Ocasionalmente con instrucciones de 3 pasos. 2. Cumple instrucciones simples dirigidas, tiene problema con instrucciones de 2 pasos. 3. Puede cumplir solo instrucciones muy simples de un sólo paso (demostrado, escrito, oral). 4. Incapaz de cumplir cualquier instrucción. <p>e. Pulcritud en la actividad*</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Actividad realizada pulcramente. 1. Ocasionalmente ignora detalles sutiles. 2. Frecuentemente ignora detalles sutiles y los materiales están desordenados. 3. Ignora detalles sutiles y los hábitos del trabajo perturban a los demás. 4. Sin atención a los detalles sutiles, tan descuidado que el TO debe intervenir. <p>e. Atención a los detalles*</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Presta atención a los detalles apropiadamente. 1. Ocasionalmente demasiado detallista. 2. Más atención de la necesaria a algunos detalles. 3. Tan detallista que el proyecto requerirá el doble de tiempo de lo esperado. 4. Tan interesado en los detalles que el proyecto nunca será finalizado. <p>f. Resolución de Problemas</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Resuelve los problemas sin ayuda. 1. Resuelve los problemas después de recibir ayuda una vez. 2. Puede resolver sólo después de repetidas ayudas. 3. Reconoce el problema pero no puede resolverlo. 4. Incapaz de reconocer ni resolver un problema. <p>*Considerar la pulcritud en la actividad o la atención a los detalles, no ambas</p>	<p>q. Complejidad y organización de la tarea</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Organiza y desempeña las tareas dadas. 1. Ocasionalmente tiene problemas con la organización de actividades complejas que debería ser capaz de realizar. 2. Puede organizar actividades simples pero no complejas. 3. Puede hacer sólo actividades muy simples bajo la organización del TO. 4. Incapaz de organizar o llevar a cabo una actividad aunque todas las herramientas, materiales e instrucciones estén disponibles <p>h. Aprendizaje inicial</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Aprende una nueva actividad rápidamente y sin dificultad. 1. Ocasionalmente tiene dificultad en aprender actividades complejas, pero puede aprender actividades simples. 2. Tiene dificultades en aprender actividades complejas, pero puede aprender actividades simples. 3. Incapaz de aprender actividades complejas; ocasionalmente tiene dificultad en aprender actividades simples. 4. Incapaz de aprender una nueva actividad. <p>i. Interés en la actividad</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Interesado en una variedad de actividades. 1. Ocasionalmente no está interesado en una nueva actividad. 2. Muestra ocasionalmente interés en parte de una actividad. 3. Realiza actividades pero no muestra ningún interés. 4. No participa. <p>j. Interés en completar la tarea</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Interesado en finalizar las actividades. 1. Ocasionalmente falta de interés o placer en finalizar una tarea larga. 2. Interés o placer en completar una tarea corta-falta de interés en actividades largas. 3. Interés ocasional en finalizar cualquier actividad. 4. Sin interés o placer en finalizar una actividad. <p>k. Toma de decisión</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Toma sus propias decisiones. 1. Toma decisiones pero ocasionalmente busca la aprobación del TO. 2. Toma decisiones pero frecuentemente busca la aprobación del TO. 3. Toma decisiones sólo cuando se le ofrecen dos alternativas. 4. No puede tomar ninguna decisión o rechaza tomar decisiones. <p>l. Tolerancia a la frustración</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Maneja todas las tareas pero sin sentirse muy frustrado. 1. Ocasionalmente se frustra con tareas complejas; puede manejar tareas simples. 2. Frecuentemente se frustra con tareas complejas pero es capaz de manejar tareas simples. 3. Frecuentemente se frustra con cualquier tarea pero intenta continuar. 4. Se frustra tanto con tareas simples que rechaza o es incapaz de funcionar.
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Anexo IV. EAR

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

CUESTIONARIO INTERNACIONAL DE ACTIVIDAD FISICA

IPAQ: FORMATO CORTO AUTOADMINISTRADO DE LOS ULTIMOS 7 DIAS

PARA SER UTILIZADO CON ADULTOS (15- 69 años)

Las preguntas se referirán al tiempo que usted destinó a estar físicamente activo en los **últimos 7 días**. Por favor responda a cada pregunta aún si no se considera una persona activa. Por favor, piense acerca de las actividades que realiza en su trabajo, como parte de sus tareas en el hogar o en el jardín, moviéndose de un lugar a otro, o en su tiempo libre para la recreación, el ejercicio o el deporte.

*Piense en todas las actividades **intensas** que usted realizó en los **últimos 7 días**. Las actividades físicas **intensas** se refieren a aquellas que implican un esfuerzo físico intenso y que lo hacen respirar mucho más intensamente que lo normal. Piense solo en aquellas actividades físicas que realizó durante por lo menos **10 minutos** seguidos.*

1. Durante los **últimos 7 días**, ¿en cuantos realizó actividades físicas **intensas** tales como levantar pesos pesados, cavar, hacer ejercicios aeróbicos o andar rápido en bicicleta?

_____ días por semana

☐ Ninguna actividad física intensa



Vaya a la pregunta 3

2. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física **intensa** en uno de esos días?

_____ horas por día

_____ minutos por día

☐ No sabe/No está seguro

☐

*Piense en todas las actividades **moderadas** que usted realizó en los **últimos 7 días**. Las actividades **moderadas** son aquellas que requieren un esfuerzo físico moderado que lo hace respirar algo más intensamente que lo normal. Piense solo en aquellas actividades físicas que realizó durante por lo menos **10 minutos** seguidos.*

3. Durante los **últimos 7 días**, ¿en cuántos días hizo actividades físicas **moderadas** como transportar pesos livianos, andar en bicicleta a velocidad regular o jugar dobles de tenis? No incluya caminar.

_____ días por semana

☐ Ninguna actividad física moderada



Vaya a la pregunta 5

4. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física **moderada** en uno de esos días?

_____ horas por día

_____ minutos por día

☐ No sabe/No está seguro

*Piense en el tiempo que usted dedicó a **caminar** en los **últimos 7 días**. Esto incluye caminar en el trabajo o en la casa, para trasladarse de un lugar a otro, o cualquier otra caminata que usted podría hacer solamente para la recreación, el deporte, el ejercicio o el ocio.*

5. Durante los **últimos 7 días**, ¿En cuántos **caminó** por lo menos **10 minutos** seguidos?

_____ días por semana

☐ Ninguna caminata



Vaya a la pregunta 7

6. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a caminar en uno de esos días?

_____ horas por día

_____ minutos por día

☐ No sabe/No está seguro

*La última pregunta es acerca del tiempo que pasó usted **sentado** durante los días hábiles de los **últimos 7 días**. Esto incluye el tiempo dedicado al trabajo, en la casa, en una clase, y durante el tiempo libre. Puede incluir el tiempo que pasó sentado ante un escritorio, visitando amigos, leyendo, viajando en ómnibus, o sentado o recostado mirando la televisión.*

7. Durante los **últimos 7 días** ¿cuánto tiempo pasó **sentado** durante un **día hábil**?

_____ horas por día

_____ minutos por día

☐ No sabe/No está seguro

Anexo VI. Encuesta de valoración personal y satisfacción.⁹

- 1. ¿Estás mejor físicamente desde que empezó el programa?**
- 2. ¿Estás mejor contigo mismo desde que empezó el programa?**
- 3. ¿Crees que has mejorado en algo, por ejemplo en confianza, ansiedad...? ¿En qué?**
- 4. ¿Crees haber mejorado en tus relaciones con los demás?**
- 5. ¿Te gusta estar con los compañeros y el terapeuta?**
- 6. ¿Cómo te sientes cuando vienes al programa?**
- 7. ¿Qué es lo que más te gusta del programa?**
- 8. ¿Qué dificultades has encontrado durante el programa?**
- 9. ¿Qué crees que se puede mejorar en el programa?**

Anexo VII. Consentimiento informado

INFORMACIÓN PREVIA AL CONSENTIMIENTO

Estimado/a Sr. /a

Soy estudiante de Terapia Ocupacional en la Universidad de Zaragoza y con motivo de mi Trabajo Fin de Grado, estoy realizando un programa deportivo de fútbol sala para las personas que se encuentran en la Unidad de Media Estancia del Hospital Psiquiátrico Nuestra Señora del Pilar. El objetivo de dicho programa es el de establecer/fomentar rutinas y hábitos de un estilo de vida saludable, además de mejorar la participación social de los participantes.

Para cuantificar la evolución, se realizará un estudio que consta de la recogida de información mediante el análisis del desempeño y la observación. También se sumará a esto, una pequeña encuesta final para valorar el programa y el progreso durante este. El proceso será estrictamente confidencial y el nombre no será utilizado. El estudio no conlleva a ningún riesgo.

La participación es voluntaria, por lo que usted tiene el derecho de retirar su consentimiento para participar en cualquier momento.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo....., con DNI
..... tutor/a legal de.....

He leído la hoja de información que se me ha entregado,
He podido hacer preguntas sobre el estudio,
He recibido suficiente información sobre el estudio.

Comprendo que la participación es voluntaria,

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera.
2. Sin tener que dar explicaciones.
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados o atención sanitaria.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

En Zaragoza a.....de.....de 20....

Firmado: